

T H E S E

P O U R L E

570

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

P A R

GRENIER, DIDIER, ROBERT, MARCEL

Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 16 Septembre 1936 à MONTEREAU FAULT (S & M)

Présentée et soutenue publiquement le

P R O C I D E N C E

D U

C O R D O N O M B I L I C A L

A P R O P O S D E 59 O B S E R V A T I O N S R E C U E I L L I E S

à L A C L I N I Q U E O B S T E T R I C A L E

D U C E N T R E M E D I C O - C H I R U R G I C A L F O C H d e S U R E S N E S - P A R I S

P R E S I D E N T : M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R R . M E R G E R

RECEIVED
JAN 10 1900

RECEIVED
JAN 10 1900

RECEIVED
JAN 10 1900

RECEIVED
JAN 10 1900

RECEIVED
JAN 10 1900

RECEIVED
JAN 10 1900

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

GRENIER, DIDIER, ROBERT, MARCEL

Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 16 Septembre 1936 à MONTEREAU FAULT (S & M)

Présentée et soutenue publiquement le


PROCIDENCE

DU

CORDON OMBILICAL

A PROPOS DE 59 OBSERVATIONS RECUEILLIES

à LA CLINIQUE OBSTETRICALE

DU CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL FOCH de SURESNES - PARIS

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR R. MERGER



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.),
 GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.),
 LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
 MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.),
 PASTEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHTER (C.),
 SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN L. BINET

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

P R O F E S S E U R S

1. - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a. - Professeurs titulaires :

ANATOMIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANESTHESIOLOGIE

BIOCHIMIE MEDICALE

BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE

2. AUX SPORTS

BIOLOGIE MEDICALE

CANCEROLOGIE MEDICALE ET SOCIALE

EMBRYOLOGIE

HISTOIRE DE LA MEDECINE & DE LA CHIRURGIE

(Lariboisière)

HISTOLOGIE

HYGIENE ET MEDECINE PREVENTIVE

MEDECINE DU TRAVAIL

MEDECINE LEGALE

MICROBIOLOGIE (Bactériologie et Virologie)

PARASITOLOGIE

MM.

DELMAS (A.)

DELA RUE (J.)

BAUMANN (J.)

JAYLE (M.F.)

SCHAFIRA (G.)

CHAILLEY-BERT (P.)

FAUVERT (R.)

BERNARD (J.)

GIROUD (A.)

N ...

VERNE (J.)

JOANNON (P.)

DESOILLE (H.)

PIEDELIEVRE (R.)

FASQUELLE (R.)

GALLIARD (H.)

MM.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE	HUGUIER (J.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	LAVIER (G.)
PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET COMPAREE	MERKLEN (F.P.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MILLIEZ (P.)
PATHOLOGIE RESPIRATOIRE	TURIAF (J.)
PATHOLOGIE & THERAPEUTIQUE GENERALES	BOUDIN (G.)
PHARMACOLOGIE	CHEYMOL (J.)
PHYSIOLOGIE	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
PHYSIOLOGIE & PATHOLOGIE OBSTETRICALE	LEPAGE (F.)
PHYSIQUE MEDICALE	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
RADIOLOGIE MEDICALE	DESGREZ (H.)
TECHNIQUE CHIRURGICALE & CHIRURGIE EXPERIMENTALE	N ...
THERAPEUTIQUE	CONTE (M.)

b.- Professeurs à titre personnel :

BIOCHIMIE MEDICALE	DESGREZ (P.)
BIOLOGIE MEDICALE	POLONOVSKI (J.)
EMBRYOLOGIE	BOURLIERE (F.)
HYGIENE & MEDECINE PREVENTIVE	TUCHMANN (H.)
PARASITOLOGIE	DEPARIS (M.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	BRUMPT (L.C.)
PHARMACOLOGIE	LAURENCE (G.)
PHYSIOLOGIE	LEVY (Melle J.)
PHYSIQUE MEDICALE	PARROT (J.)
	KELLERSHOHN (L.)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a.- Professeurs titulaires :

CLINIQUE CARCINOLOGIQUE CHIRURGICALE (Necker)	REDON (H.)
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE (Brousseis)	MOUQUIN (M.)
CLINIQUES CHIRURGICALES	LORTAT-JACOB (J.L.)
Beaujon	LEGER (L.)
Cochin	PATEL (J.)
Hôtel-Dieu	CORDIER (G.)
Pitié	GOSSET (J.)
Saint Antoine	SICARD (A.)
Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
TENON	

MM.

CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE & ORTHOPÉDIQUE	FEVRE (M.)
CLINIQUE CHIRURGICALE ORTHOPÉDIQUE & REPARATRICE	MERLE d'AUBIGNE (R.)
(Cochin)	
CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES
	(F. de)
CLINIQUE DE CHIRURGIE PLEURO-PULMONAIRE (Loenne)	MATHEY (J.)
CLINIQUE ENDOCRINOLOGIQUE (Pitié)	DECOURT (J.)
CLINIQUE DE GENETIQUE MEDICALE (Enfants Malades)	LAMY (M.)
CLINIQUE GYNECOLOGIQUE (Broca)	FUNCK BRENTAN (P.)
CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES & SYPHILITIQUES	
(Saint-Louis)	DEGOS (R.)
CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (Enfants Malades)	CATHALA (J.)
CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)
CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCEPHALE	
(Sainte Anne)	DELAY (J.)
CLINIQUE DES MALADIES METABOLIQUES (Necker)	HAMBURGER (J.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SANG (Broussais)	MARCHAL (G.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX	
(Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
CLINIQUE MEDICALES	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
CLINIQUE MEDICALE D'HYDROLOGIE THERAPEUTIQUE	
& CLIMATOLOGIE (Bichet)	DEBRAY (C.)
CLINIQUE MEDICALE PROPEDEUTIQUE (Broussais)	GENNES (L. de)
CLINIQUE MEDICO-SOCIALE DU DIABETE SUCRE &	
DES MALADIES DE LA NUTRITION (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
CLINIQUE DE NEURO-CHIRURGIE (Pitié)	DAVID (M.)
CLINIQUE NEUROLOGIQUE (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
CLINIQUE OBSTETRICALES	Baudeloque
	Foch (Suresnes)
CLINIQUE OBSTETRICALE & GYNECOLOGIQUE (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Lariboisière)	AUBRY (M.)
CLINIQUE DE PEDIATRIE & DE PUERICULTURE	
(Saint Vincent de Paul)	LELONG (M.)
CLINIQUE DE PEDIATRIE SOCIALE (Enfants Malades)	MARIE (J.)

MM.

CLINIQUE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE (Lœnnex)	BERNARD (E.)
CLINIQUE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE MEDICALE ET SOCIALE (Cochin)	COSTE (F.)
CLINIQUE STOMATOLOGIQUE (Pitié)	DECHAUME (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE (Vaugirard)	ROUX (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE MEDICALE (Saint Antoine)	LEMAIRE (A.)
CLINIQUE TOXICOLOGIQUE	GAULTIER (M.)
CLINIQUE TRAUMATOLOGIQUE	PADOVANI (P.)
SEMEIOLOGIE MEDICALE	DOMART (A.)
SEMEIOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALE	POILLEUX (F.)
CLINIQUE UROLOGIQUE (Necker)	COUVELAIRE (R.)
HYGIENE & CLINIQUE DE LA PREMIERE ENFANCE	TURPIN (R.)

b.- Professeurs à titre personnel :

MEDECINE	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES & MAITRES DE
CONFERENCES - AGREGES

ANATOMIE	MM. CABROL (C.), COUINAUD (C.), GILLOT (C.), OLIVIER (G.)
ANATOMIE	Melle GAUTHIER-VILLARS (P.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIQUE	MM. ABELANET (R.), BUSSE (F.), CHOMETTE (G.), GOUYGOU (CH.) M. Conf., NEZELOFF (Ch.), ORCEL (L.), PAILLAS (J.)
ANESTHESIOLOGIE	KERN (E.), VOURC'H (G.)
BACTERIOLOGIE	BARBIER (P.), CHRISTOL (D.), LE MINOR (L.), TOURNIER (P.)
BIOCHIMIE MEDICALE	BAULIEU (Et.) M. Conf., BEURILION (R.), CARTIER (P.), DREYFUS (J. Cl.), GANNARD (P.), KRUH (J.), JEROME (H.)
BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE & AUX SPORTS	M. PIAS (F.)
CARCINOLOGIE	MM. BOIRON (M.), DENOIX (P.), MATHE (G.), SELIGMANN (M.)

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE	MM. CIVATTE (J.), DUPERRAT (B.)
ELECTRO-RADIOLOGIE	M. LEDOUX-LEBBARD (G.)
HEMATOLOGIE	MM. BESSIS (M.), BILSKI-PASQUIER (G.), DAUSSET (J.), DUHAMEL (G.)
HISTOLOGIE	MM. COUJARD (H.) Pr. s. ch., MAROIS (M.), RACADOT (J.)
HYDROLOGIE	MM. BESANCON (F.), CORNET (A.)
HYGIENE	MM. BOYER (J.) Pr. s. ch., BLANCHER (G.), Mme CORRE-HURST (L.) M. SAPIN-JA LOUSTRE (H.)
MALADIES INFECTIEUSES	MM. BASTIN (R.), DUPONT (V.)
MEDECINE LEGALE	MM. DEROBERT (L.) Pr. s. ch. FOURNIER (E.), GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
MEDECINE DU TRAVAIL	M. ALBAHARY (C.)
NEURO-CHIRURGIE	M. PERTUISET (B.)
OBSTETRIQUE	MM. GRANJON (A.), HERVET (E.), LE LORIER (G.) LEVY (J.), MORIN (P.), MUSSET (R.), ROBEY (M.), SENEZE (J.), SUREAU (G.), THOYER-ROZAT (J.).
OPHTALMOLOGIE	MM. BREGEAT (P.), DUBOIS (A.), SARAUX (H.)
ORTHOPEDIE	MM. JUDET (R.), MEARY (R.), POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	MM. DEBAIN (J.), PIALOUX (P.),
PARASITOLOGIE	MM. GOLVAN (Y.), LAPIERRE (J.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	MM. BARCAT (J.), BINET (J.P.), CAUCHOIX (J.), CERBONNET (G.), CHATELIN (C.L.), DUBOST (Ch.), DUBOST (Cl.), FAUREL (J.), FLABEAU (F.), GARBAY (M.), GARNIER (H.), de GAUDART d'ALLAINES (Cl.), GERMAIN (A.), LATASTE (J.), LEVEQUE (B.), LOYGUE (J.), MERCADIER (M.), NATALI (J.), PELLERIN (D.) PERROTIN (J.), ROBERT (H.), THOMERET (G.) SCHNEIDER (J.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	

PATHOLOGIE EXPERIMENTALE	MM. BENHAMOU (J.P.), BERTHAUX (P.), BOIVIN (P.), CROSNIER (J.), HARTMANN (L.) LOEPER (J.), MAURICE (J.), MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MM. AUSSANNAIRE (M.), BOUVIER (J.), BOUVRAIN (Y.), BRICAIRE (H.), BRISSAUD (H.) BROCARD (H.), BUGE (A.), CATINAT (J.), CHRETIEN (J.), COBLENTZ (B.), CONTAMIN (F.) COURY (C.), ETIENNE (J.P.), FREZAL (J.), FRITEL (D.), HENNEQUET (A.), HIMBERT (E.), HOUSSET (E.), LAROCHE (Cl.), LESOBRE (R.), MACREZ (C.), MOREAU (L.), NICK (J.), ROYER (P.), TOURNEUR (R.), WOLFROMM (R.)
PEDIATRIE-PUERICULTURE	MM. JOSEPH (R.), LAFOURCADE (J.), LEPERCQ (G.) MANDE (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKI ROSSIER (A.), VIALATTE (J.) (C.)
PHARMACOLOGIE	MM. BOISSIER (J.), LECHAT (P.),
PHYSIOLOGIE	MM. BARRES (G.), DEJOURS (P.), DURAND (J.) GIRARD, M. Conf., HUGELIN (A.), SCHERRER (J.)
PHYSIQUE MEDICALE	MM. CHANTEUR (J.), GOUGEROT (L.) M. Conf. Pr. s. ch., GREMY (F.), M. Conf. MILHAUD (G.), PELLERIN (P.), ROUCAYROL (J. Cl.), TUBIANA (M.), M. Conf.
PNEUMOPHTISIOLOGIE	MM. KREIS (B.), MEYER (A.), RENAULT (P.)
PSYCHIATRIE	M. PICHOT (P.)
PSYCHIATRIE INFANTILE	MM. DENIKER (P.), DUCHE (D.), FLAVIGNY (H) LAPRESLÉ (J.)
RHUMATOLOGIE	M. DELBARRE (F.)
STOMATOLOGIE	M. CERNEA (P.) Mme A. CHAPUT, M. Conf. Agr., M. GRELLET
THERAPEUTIQUE	MM. CHASSAGNE (P.), LAMOTTE (M.), MARCHE (J.)
UROLOGIE	MM. AUVERT (J.), MOULONGUET (A.), QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

ANATOMIE	M. J. DEBEYRE
CLINIQUE CHIRURGICALE	MM. ABOULKER (P.) AMELINE (A.) Pr. s. ch., VERNE (J.M.)
CLINIQUE MEDICALE	MM. PERRAULT (M.), RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
CLINIQUE OBSTETRICALE	MM. GRASSET (J.), MAYER (M.)
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE	MM. DESVIGNES (P.), OFFRET (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE	M. MADURO (R.)
CLINIQUE PEDIATRIQUE & PUERICULTURE	M. R. LAPLANE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE	M. H. BARUK
CLINIQUE UROLOGIQUE	M. R. KUSS

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

BACTERIOLOGIE	M. HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	M. RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE :

MM. BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principale	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	} M. le Docteur HAHN
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
	Melles LAURENT (H.) LE NOIR (A.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Grand'Mère,

A mes Parents,

A ma fiancée,

A mon frère,

A ma famille et à mes amis.

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur R. MERGER,
Professeur de Clinique Obstétricale (FOCH Suresnes)
à la Faculté de Médecine de PARIS
Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux de PARIS

Qui nous a fait l'honneur de nous accepter
six mois comme externe dans son service,
où nous avons pu bénéficier de son ensei-
gnement si clair,

Et qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de toute notre gratitude

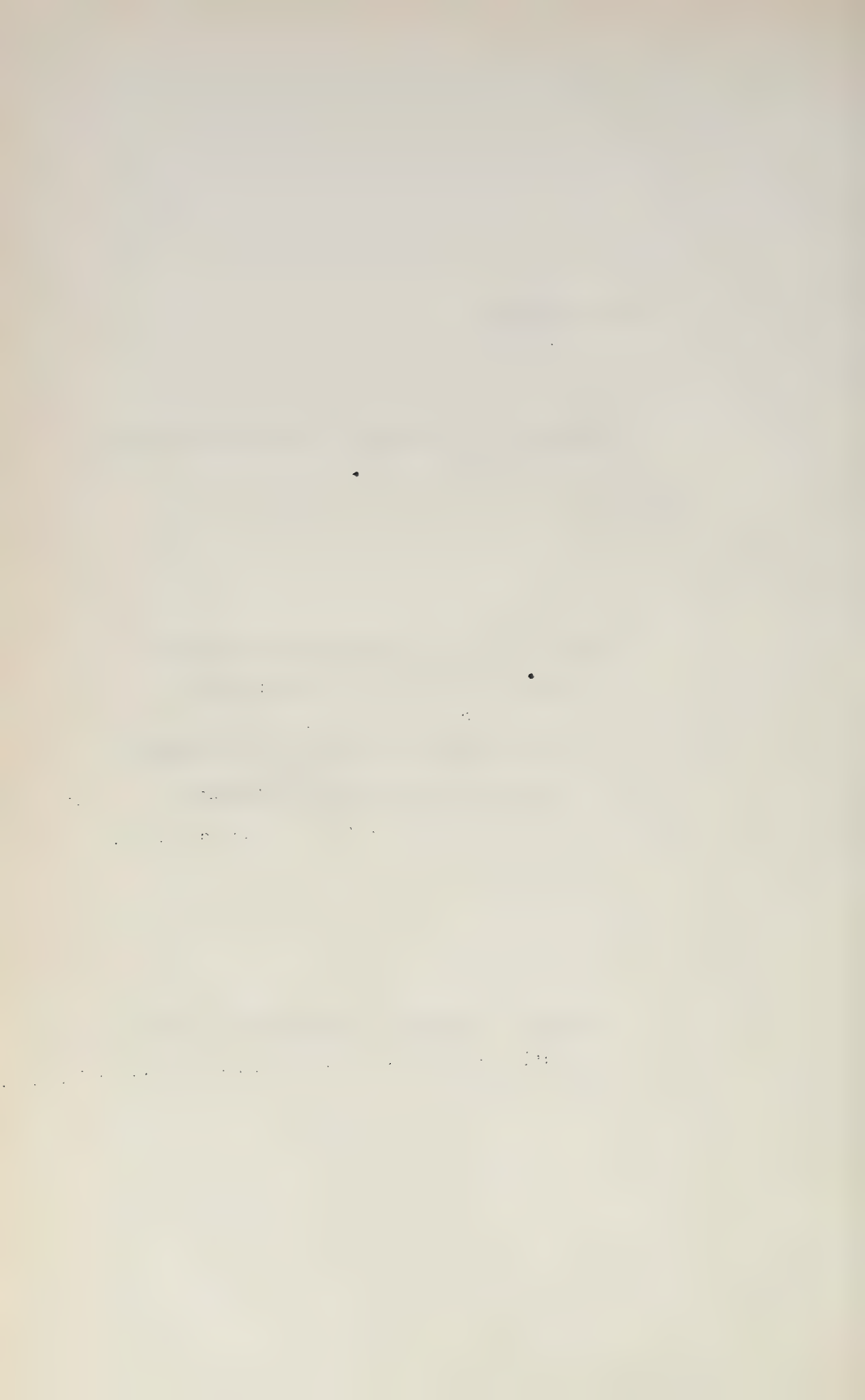
A notre Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé Jean LEVY,

Dont l'aide et la riche expérience nous ont
permis la rédaction de cette thèse

et dont les conseils éclairés nous serviront
pour aborder notre future carrière,

Qu'il soit assuré de nos respectueux remerciements.



A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur D. PETIT-DUTAILLIS,
Monsieur le Professeur Agrégé B. PERTUISET,
Monsieur le Professeur R. COUVELAIRE,
Monsieur le Professeur Agrégé M. AUSSANNAIRE,
Monsieur le Professeur Agrégé P. RAMBERT,
Monsieur le Docteur J. CANIVET,

A mes autres Maîtres des Hôpitaux. :

Monsieur le Professeur P. BROCC In Memoriam
Monsieur le Professeur R. MOREAU,
Monsieur le Docteur S. OBERLIN,
Monsieur le Docteur J. FOUQUET,

A mes Collègues externes des Hôpitaux.

Nous nous proposons d'étudier 59 cas de procidence du cordon ombilical, observés au cours des douze dernières années, au CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL FOCH de SURESNES (PARIS, Seine), où ont eu lieu 25.000 accouchements pendant la même période.

Nous relaterons d'abord certaines particularités cliniques que notre statistique fait ressortir, puis nous évaluerons les conséquences de cet accident grave, enfin, nous évoquerons les difficiles problèmes thérapeutiques pour tenter de dégager des directives pratiques.

Nous avons éliminé volontairement de cette étude les latérocidences du cordon, chute du cordon à côté de la présentation, mais qui n'en dépasse pas la partie la plus déclive, pour ne parler uniquement que de la procidence, chute du cordon en avant de la présentation - mais on peut encore distinguer selon que les membranes ne sont pas rompues ou le sont, le procubitus de la procidence vraie.

Cette restriction se justifie par le fait que les latérocidences ne sont souvent reconnues que dans les cas où elles entraînent une souffrance fœtale ou bien lorsqu'elles se trouvent prises entre une cuiller du forceps et la présentation. Pour cette raison que beaucoup sont ignorées, nous avons préféré les exclure de la statistique.



Ne présentant non plus aucun intérêt pratique, les procidences du cordon observées sur des foetus macérés ou putréfiés, dans de telles circonstances, elles ne sont en quelque sorte qu'épiphénomènes.

Enfin, si l'on considère les chances de survie statistiques des prématurés de moins de 2.000 g., indépendamment déjà d'un accouchement compliqué par une procidence du cordon, on comprendra facilement pourquoi nous les avons écartés de notre travail.

Prématurés de moins de 1.000 g. :

Survie estimée à 15 %

Prématurés pesant entre :

- 1.000 g. et 1.250 g.	"	"	: 43 %
- 1.250 g. et 1.500 g.	"	"	: 69 %
- 1.500 g. et 1.800 g.	"	"	: 80 %
- 1.800 g. et 2.000 g.	"	"	: 84 %

FREQUENCE

Nous avons dénombré 59 procidences répondant aux critères énumérés ci-dessus - sur 25.000 accouchements - 17 autres ayant été d'emblée éliminées, car elles ne répondaient pas à notre définition.

(13 prématurés de moins de 2.000 g. -
4 foetus macérés)

La fréquence calculée est de 2,36 ‰

Ces chiffres se rapprochent de ceux fournis par Madame de LA CHAPELLE : 1,95 ‰ (elle croit cependant avoir méconnu certaines procidences), mais ils s'éloignent de ceux donnés par :

- PALLIEZ (1948 - LILLE)	4,62 ‰
- DAGORN (1933, Thèse BORDEAUX)	5 ‰
- BAUDOUÏN (1947, Thèse BORDEAUX)	10 ‰

probablement parce que nos limites restrictives ne sont pas les mêmes.

QUELQUES ASPECTS CLINIQUES

PROCIDENCE ET PARITÉ

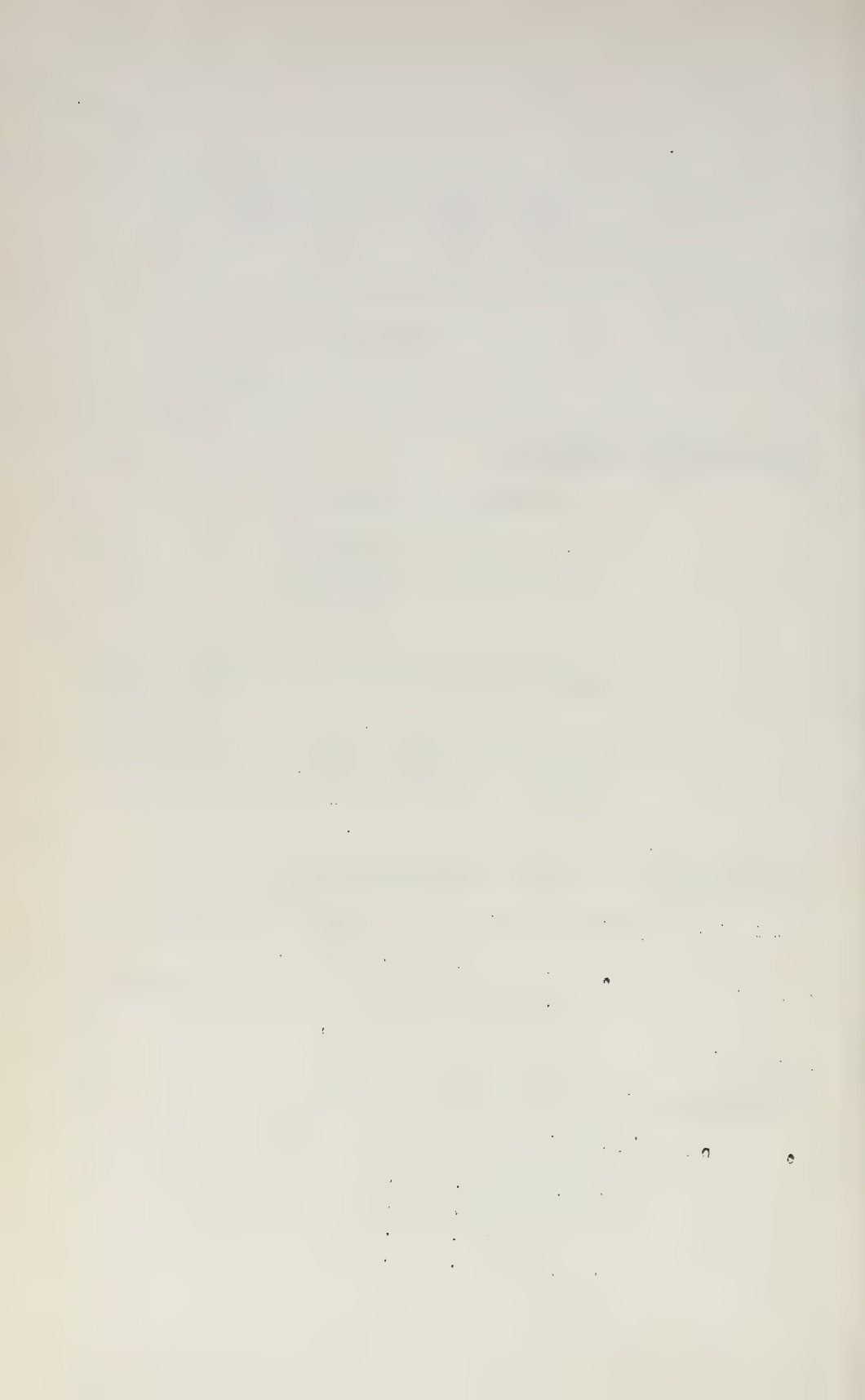
- la procidence est survenue :
 - 21 fois chez une primipare,
 - 38 fois chez une multipare,
- elle est plus fréquente chez la multipare et elle se manifeste statistiquement à la 1,95ème parité.
- nous avons également remarqué que 5 grossesses ultérieures furent normales pour 5 femmes ayant eu une procidence dans leurs antécédents obstétricaux.

PROCIDENCE ET TERME DE LA GROSSESSE

- 35 procidences ont été observées au cours d'accouchements à terme,
- 17 au cours d'accouchement au terme du 8ème mois,
- 7 au terme du 7ème mois.

PROCIDENCE ET POIDS DE L'ENFANT

- 8 enfants pesaient entre 2.000 et 2.500 g.
- 9 enfants pesaient entre 2.500 et 3.000 g.
- 38 enfants pesaient entre 3.000 et 4.000 g.
- 4 enfants pesaient entre 4.000 et 4.500 g.



PROCIDENCES ASSOCIÉES

- 2 procidences du cordon ont été associées à une procidence d'un membre dans des présentations longitudinales.
- une chute du membre supérieur dans une présentation transversale a été accompagnée de procidence du cordon.

PROCIDENCE ET RUPTURE DES MEMBRANES

- Rupture spontanée	34
dont Prématurée	7
Précoce	25
tempestive	2
- Rupture artificielle	22
dont Précoce	15
tempestive	7

(- 3 procubitus ont été césarisés avant rupture des membranes.)

- Cette constatation est d'importance puisque, dans le Service, nous estimons que la rupture artificielle des membranes dépasse 50 % des cas.
- Il semble bien, toutes précautions par ailleurs prises, que ce mode de rupture de la poche des eaux ne favorise pas la chute du cordon ombilical.

PROCIDENCE ET GÉMELLAIRE

- l'accouchement de quatre premiers jumeaux a été compliqué de procidence du cordon dans les quatre observations de gemellaire; contrairement à certaines opinions qui prétendent que cette anomalie frappe le 2^{ème} jumeau.

PROCIDENCE ET MODE DE PRÉSENTATION

- céphalique	30	soit 50,8 %
- pelvienne	24	soit 40,6 %
- transversale	4	soit 6,7 %
- non précisées	1	

- Sur les 24 sièges, un seul était décomplété - ce fait est en opposition avec les données classiques - selon lesquelles le mode décomplété favorise beaucoup plus la chute du cordon que le mode complet.
- Si l'on considère que, sur 100 accouchements "normaux" on aurait observé :
 - 96 % de présentations céphaliques,
 - 3,5 % de présentations pelviennes,
 - 0,3 % de présentations transversales,

la comparaison de ces chiffres montre bien le rôle favorisant de la présentation dans la chute du cordon. (mode pelvien ou transverse).

PROCIDENCE ET BASSINS PATHOLOGIQUES

- Nous avons relevé :
 - 4 bassins généralement rétrécis,
 - 1 bassin pseudo oblique ovalaire.

LA PROCIDENCE S'EST PRODUITE :

- 6 fois lors de l'expulsion

il y avait 4 présentations du siège,
2 présentations céphaliques.

- Dans ce groupe aucune mort foetale.

- 18 fois lorsque la dilatation était supérieure à 7 cm.

il y avait 7 sièges,
9 céphaliques,
2 transversales.

- 3 morts à signaler

- 35 fois lorsque la dilatation était inférieure à 7 cm.

correspondant aux présentations suivantes :

13 pelviennes,
20 céphaliques,
2 transversales.

- 7 morts ont été dénombrés.

Ces chiffres montrent bien, à côté du caractère bénin des procidences apparues lors de l'expulsion foetale la gravité de leur survenue en début de travail.

PARTICULARITÉS DU CORDON

Insertion :	- en raquette	4 cas
	- excentrique	
	paracentrale	14 cas
	- supposée normale	41 cas

- PATHOLOGIE DU CORDON ASSOCIEE :

- 3 mesuraient plus de 100 cm.,
- 1 cordon portait un noeud très serré,
- 1 avait produit 4 circulaires autour du fœtus
- 1 circulaire lâche associée

PROCIDENCE ET PLACENTA PRAEVIA

3 cas

PROCIDENCE ET EXCÈS DE LIQUIDE

observés 7 fois.

Enfin, il n'a pas été possible de tirer quelque'élément de pronostic du degré de la procidence.

(intra-segmentaire - intra-vaginale ou intra-vulvaire)

CONSEQUENCES FOETALES

- Au cours du travail, il avait été observé dans 28 cas :
 - soit des modifications des bruits du coeur,
 - soit une coloration du liquide amniotique
(toute présentation du siège exclue)
 - soit un arrêt des battements du cordon.

Parmi eux :

7 enfants ont été ranimés dont 2 en vain,
ce qui porte à
9 le nombre des décès enregistrés.

- Pourtant dans les 21 cas restants, où l'on n'avait pas observé de signes de souffrance foetale :
 - 6 enfants ont été ranimés de 5 à 30 minutes,
 - 1 autre est mort d'hémorragie méningée.
-

R E M A R Q U E S

Mortalité et Mode de Présentation

Siège	2 cas	sur 24 sièges au total
Epaule	3 cas	sur 4 " " "
Céphalique	5 cas	sur 30 " " "

- En dépit du nombre restreint des cas constituant notre statistique, il semble ressortir qu'il faille réviser le dogme classique que le danger de la procidence est d'autant moins grave que la dystocie causale l'est davantage (3 morts sur 4 présentations transversales)
- la relative bénignité de la procidence avec présentation du siège semble confirmée.

Mortalité et Parité

primipares	4	(21 au total)
multipares	6	(38 au total)

Mortalité et poids de l'Enfant

- entre 2.000 et 2.500 g.	1 (sur 8)
- entre 2.500 et 3.000 g.	0 (sur 9)
- entre 3.000 et 4.000 g.	8 (sur 38)
- entre 4.000 et 4.500 g.	1 (sur 4)

Mortalité et date d'apparition de la Procidence

- pour une dilatation inférieure à 7 cm	7 cas
- pour une dilatation supérieure à 7 cm	3 cas

Mortalité et temps qui s'est écoulé entre
le moment de l'apparition de la procidence et
la fin de l'accouchement sans préjuger de son mode

La fin de l'accouchement a eu lieu :

			Enfants ranimés	Enfants morts
- immédiatement	12	dont	0	0
- dans les 30 minutes	26	"	8	4 (15 %)
- dans 1'heure	6	"	3	2 (33 %)
- dans les 2 heures	6	"	1	2 (33 %)
- dans les 4 heures	3	"	0	1
- dans les 6 heures	2	"	0	0
- au-delà de 6 heures	2	"	0	1
(2 cas inconnus)				

Plus l'accouchement se termine tôt après la chute
du cordon, meilleur semble être le pronostic foetal.

Mortalité et mode de Traitement

- Obstétrical 5 morts sur 35
- Chirurgical 5 morts sur 24

TRAITEMENT

et de l'Association Française pour l'Étude du Cancer

A.- METHODES

et de l'Association Française pour l'Étude du Cancer

PRÉVENTIVES

et de l'Association Française pour l'Étude du Cancer

Les membranes seront respectées autant que faire se peut si la présentation reste très élevée au-dessus du détroit supérieur et si la poche des eaux est bombante.

Elles seront rompues hors des contractions utérines.

CURATIVES

et de l'Association Française pour l'Étude du Cancer

- Sont évidemment à proscrire pour activer le travail :
 - les dilatations forcées du col à la Bonnaire ou par ballon,
 - les incisions du coltoutes trop lourdes de conséquences maternelles.
- On dispose :
 - des méthodes obstétricales classiques complétées par l'accouchement dirigé,
 - des méthodes chirurgicales : césarienne segmentaire
- Mais ont aussi leur place à côté :
 - l'oxygénation de la mère, utile pour le fœtus, dans la mesure où la circulation foeto-placentaire n'est pas interrompue,
 - la position de Trendelenburg pour minimiser les risques de compression du cordon,

- l'irrigation du cordon selon la méthode de METZGER
pour prévenir son dessèchement,

- Quant à la réduction manuelle de la procidence ou la
protection du cordon par son refoulement dans un
sinus sacro-iliaque, ou par le maintien au doigt
de la présentation en position élevée,

ils sont souvent inefficaces et sont peut-être
dangereux,

On ne peut, en effet, tenir compte des rares succès
obtenus par de telles méthodes dans nos observations.

B.- MODES DE TRAITEMENT APPLIQUES
DANS LES OBSERVATIONS RECUEILLIES

Accouchements par voie basse

- 35 cas
- Mortalité : 5
- soit un pourcentage de 14,2 %

I.- ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE SANS FORCEPS

NI MANOEUVRES (18 CAS - 3 MORTS)

En voici les circonstances :

2 procidences apparues au début du travail dans deux présentations céphaliques, sans souffrance fœtale, ont été manuellement réduites (une réduction aurait même amélioré des bruits du coeur passagèrement modifiés)

(ranimé : 1 mort : 0)

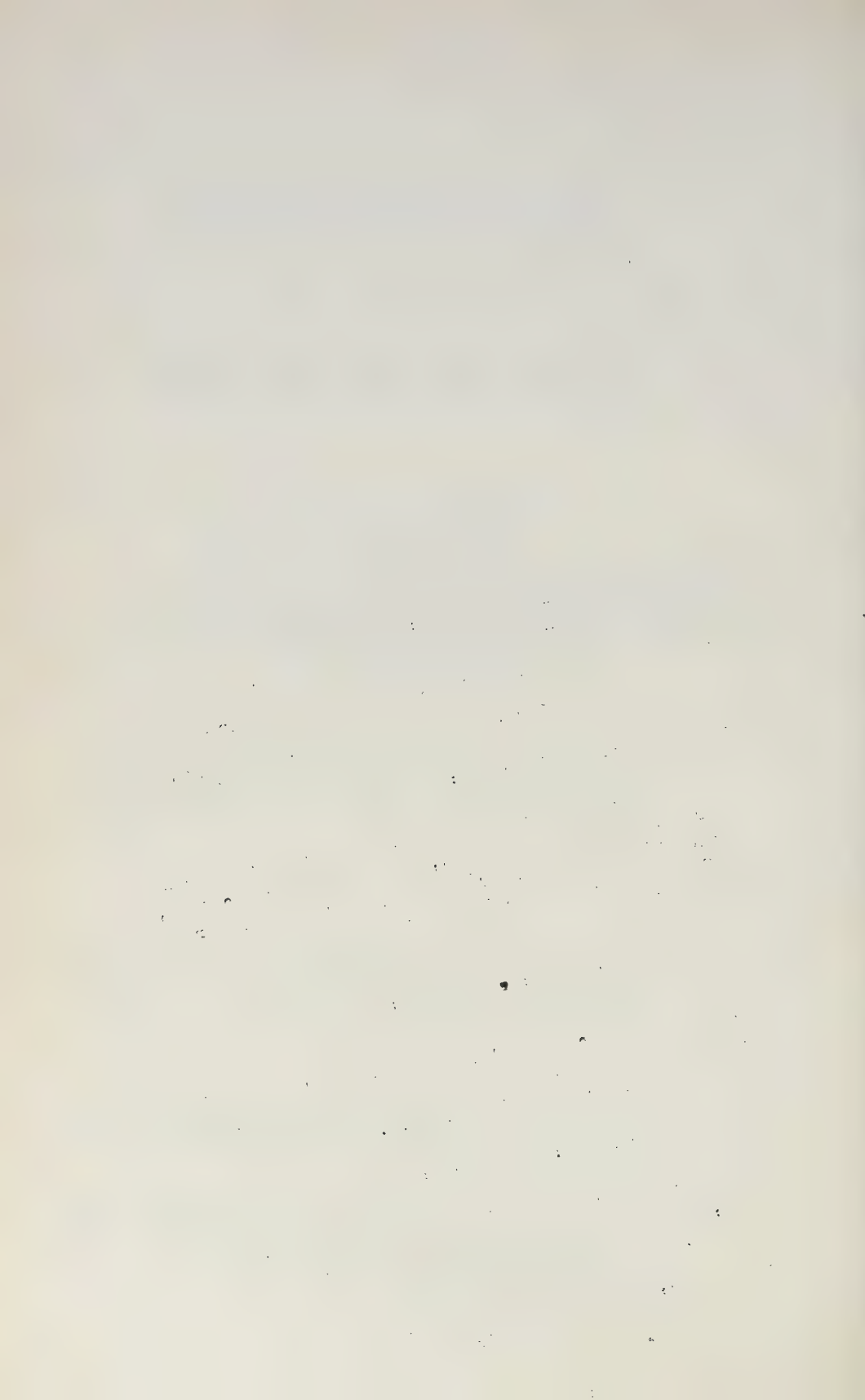
6 sont apparues lors de l'expulsion - il n'a pas été observé de souffrance fœtale - il y avait 5 sièges complets et 1 présentation O.I.D.P.

(ranimé : 0 mort : 0)

8 sont apparues lorsque la dilatation était supérieure à 7 cm, après rupture spontanée ou artificielle des membranes.

- dans 3 cas, la découverte de la procidence a été suivie rapidement d'expulsion (multipares - aucune souffrance fœtale.

(ranimé : 0 mort : 0)



- dans 4 cas, une perfusion a été installée pour diriger le travail - pas de souffrance foetale

(ranimé : 0 mort : 0)

- 1 était un procubitus reconnu, mais lors de la rupture artificielle et tempestive des membranes, les bruits du coeur jusque là normaux ont disparu
expulsion immédiate de l'enfant

(ranimé : 0 mort : 1)

- 1 procidence a été observée au début du travail. Une importante souffrance foetale a été observée immédiatement.

(ranimé : 0 mort : 1)

- Chez une multipare, on découvre dès le début du travail un membre procident - les bruits du coeur disparaissent - on découvre alors une procidence du cordon associée.

(ranimé : 0 mort : 1)

2.- APPLICATION DE FORCEPS (8CAS - 2 MORTS)

- 4 forceps ont été appliqués pour souffrance foetale au cours d'accouchements compliqués de chute du cordon apparue à dilatation complète.

(Une femme avait, en outre, des antécédents pulmonaires bacillaires)

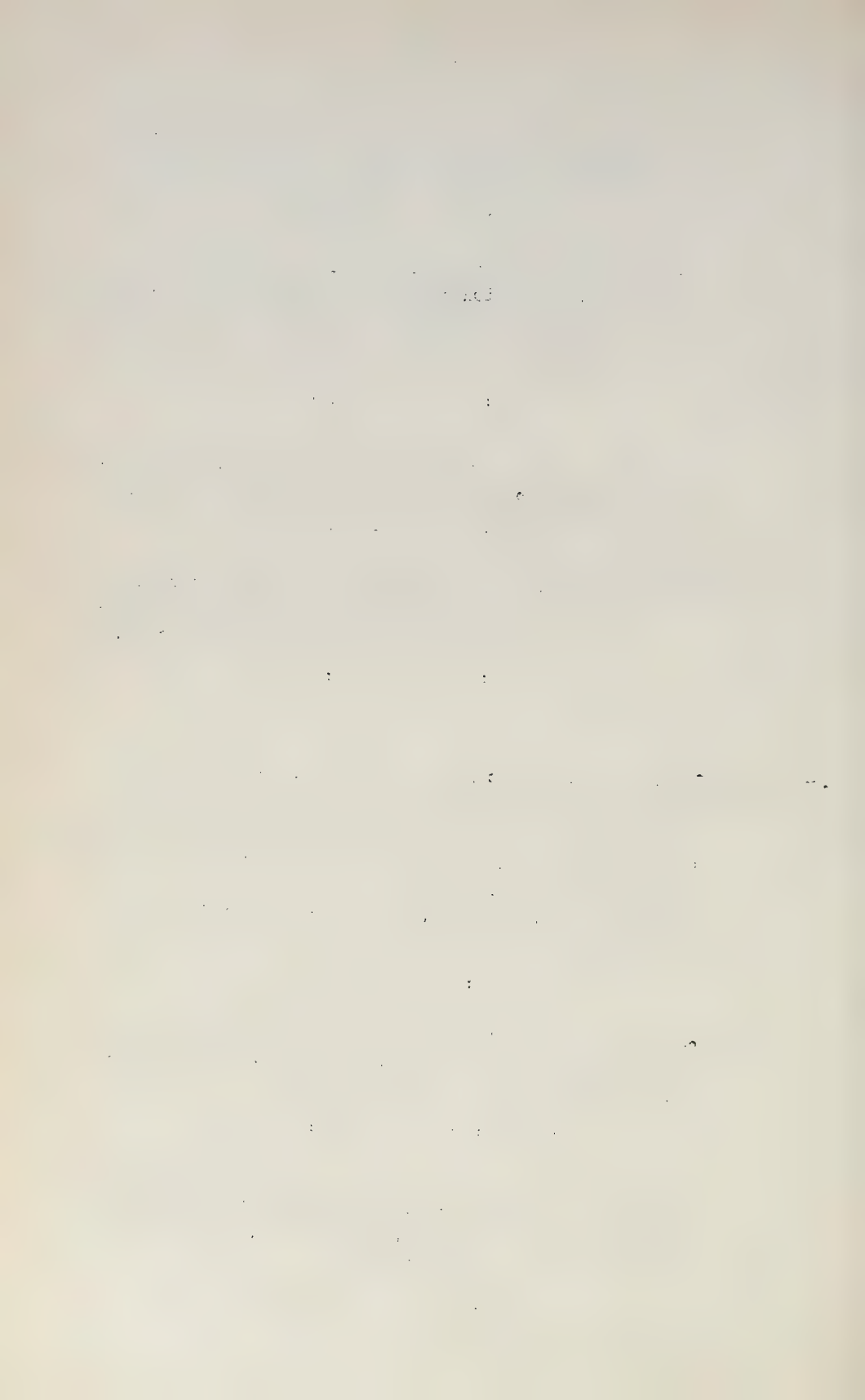
(ranimés : 2 morts : 2)

- 3 fois on a attendu l'engagement de la présentation - jusque là, malgré une procidence précoce, aucune souffrance foetale n'avait été observée.

(ranimé : 1 mort : 0)

- 1 forceps a été appliqué pour lenteur de progression sur un prématuré - la procidence est apparue à l'expulsion - (Les indications du forceps, dans ce cas, étaient indépendantes de la chute du cordon)

(ranimé : 0 mort : 0)



- dans 4 cas, une perfusion a été installée pour diriger le travail - pas de souffrance foetale

(ranimé : 0 mort : 0)

- 1 était un procubitus reconnu, mais lors de la rupture artificielle et tempestive des membranes, les bruits du coeur jusque là normaux ont disparu expulsion immédiate de l'enfant

(ranimé : 0 mort : 1)

- 1 procidence a été observée au début du travail. Une importante souffrance foetale a été observée immédiatement.

(ranimé : 0 mort : 1)

- Chez une multipare, on découvre dès le début du travail un membre procident - les bruits du coeur disparaissent - on découvre alors une procidence du cordon associée.

(ranimé : 0 mort : 1)

2.- APPLICATION DE FORCEPS (8CAS - 2 MORTS)

- 4 forceps ont été appliqués pour souffrance foetale au cours d'accouchements compliqués de chute du cordon apparue à dilatation complète.

(Une femme avait, en outre, des antécédents pulmonaires bacillaires)

(ranimés : 2 morts : 2)

- 3 fois on a attendu l'engagement de la présentation - jusque là, malgré une procidence précoce, aucune souffrance foetale n'avait été observée.

(ranimé : 1 mort : 0)

- 1 forceps a été appliqué pour lenteur de progression sur un prématuré - la procidence est apparue à l'expulsion - (Les indications du forceps, dans ce cas, étaient indépendantes de la chute du cordon)

(ranimé : 0 mort : 0)



3.- GRANDE EXTRACTION DE SIÈGE

(7 CAS - 0 MORT)

Dans 3 cas, la procidence est apparue au début du travail. On a attendu, devant l'absence de signes de souffrance foetale, que la dilatation soit complète - et l'on a finalement pratiqué une grande extraction de siège en fin de travail, d'autant plus qu'à ce moment on a noté des modifications des bruits du coeur.

(ranimé : 1 mort : 0)

1 extraction a été motivée pour efforts expulsifs inefficaces

(ranimé : 0 mort : 0)

Dans 2 cas (rupture artificielle tempestive des membranes,) on a observé en fin de travail une procidence - l'extraction a été faite pour souffrance foetale.

(ranimé : 0 mort : 1 (anasarque foeto-placentaire)

1 extraction a été faite pour gemellité

(procidence apparue précocément - pas de souffrance foetale)

(ranimé : 0 mort : 0)

4.- VERSION PAR MANOEUVRES INTERNES

SUIVIE D'EXTRACTION (2 CAS - MORTALITÉ 0)

Il s'agissait de deux multipares
présentation transversale du foetus - chute du cordon
tardive - souffrance foetale -

(ranimés : 2 mort : 0)

Accouchements par voie haute

.....

- 24 cas
- mortalité 5 soit 20,8 %

- CIRCONSTANCES -

- 3 présentations transversales chez des primipares
chute précoce du cordon
(ranimé : 0 morts : 3)
- 4 procidences survenant au début d'une épreuve de travail
pour bassin pathologique
(ranimé : 1 mort : 0)
- 14 procidences apparues au début du travail
 - 6 présentations pelviennes avec souffrance foetale
chez des primipares
(ranimé : 1 mort : 0)
 - 1 présentation pelvienne avec souffrance foetale
marquée chez une multipare
(ranimé : 0 mort : 1)
 - 5 présentations céphaliques avec souffrance foetale
chez des primipares
(ranimés : 2 mort : 0)
 - 2 présentations céphaliques sans souffrance foetale
chez des multipares
(ranimés : 0 mort : 0)

- 2 procubitus opérés avant rupture des membranes :

(réanimés : 0 mort : 0)

- Enfin un cas particulier :

le déclenchement prématuré du travail pour
immunisation rhesus aboutit immédiatement
à la chute du cordon.

(réanimé : 0 mort : 0)

C.- DIRECTIVES THERAPEUTIQUES

Elles méritent d'être soigneusement discutées.

Il est trop aisé devant toute procidence du cordon de poser les seules indications de la voie haute.

Si la sécurité de la césarienne dans les conditions actuelles, la gravité de la procidence du cordon peuvent attirer vers cette opération, il n'en reste pas moins vrai qu'elle fixe des limites à l'avenir obstétrical par la cicatrice utérine qu'elle impose et ce peuvent être là des conséquences trop lourdes pour une primipère jeune à bassin normal !

La voie basse ne doit pas être rejetée, comme certains le veulent, les chiffres de notre statistique le montrent :

- 35 par voies basses, 5 morts fœtales,
soit une mortalité de 14,2 %.
- 24 césariennes, 5 morts fœtales,
soit une mortalité de 20,8 %

Il convient toutefois de remarquer que la césarienne a été pratiquée souvent en raison de l'apparition de signes de souffrance fœtale, observée tôt au cours du travail, voire contemporaine de la descente du cordon.

Mode de présentation, dystocie associée, perité, stade du travail, état de l'enfant, vont donc nuancer les indications.

A.- INDICATION DE LA CÉSARIENNE

- LA CESARIENNE S'IMPOSE :

- quand il existe une dystocie associée :

foetale : présentation du front ou de l'épaule,

ovulaire : placenta praevia,

maternelle : tumeur praevia, bassin rétréci

L'apparition d'une procidence du cordon au cours d'une épreuve du travail fait opter pour la voie haute.

- chez la primipare âgée,

- quand il existe une procidence d'un membre associé.

- LA CESARIENNE EST RECOMMANDABLE :

- quand la procidence se produit au début du travail à une dilatation inférieure à 5 cm, surtout chez la primipare.

Malgré certains avis, la césarienne nous semble préférable en cas de souffrance foetale, à la condition qu'elle puisse être exécutée dans des délais rapides, éventualité fréquente en milieu obstétrical bien organisé.

B.- INDICATION DE LA VOIE BASSE

- dans la présentation du sommet,

l'accouchement peut être envisagé par voie basse chez la multipare à dilatation avancée ou progressant rapidement. La perfusion d'ocytocine est un moyen d'activer le travail et d'en raccourcir les délais qui peut parfaitement être utilisé en cas de procidence du cordon.

- Il n'est pas interdit

d'autoriser un accouchement spontané, mais il y a souvent nécessité d'extraction artificielle par version ou par forceps, quand les conditions de ces manœuvres sont rigoureusement réalisées.

- dans la présentation du siège chez la multipare,

l'expérience prouvant que cette présentation s'accommode mieux de la procidence que celle du sommet, la voie basse semble préférable, au besoin aidée d'une perfusion d'ocytocine.

- Mais il est évident que, pendant cette tentative d'accouchement par voie basse, une césarienne peut devenir nécessaire,

- ceci en raison de difficultés du travail qui risque d'être trop long,

- mais surtout parce que des signes de souffrance fœtale sont apparus - toutefois cette dernière indication n'exclut pas les réserves déjà formulées.

- Quand l'enfant est mort,

c'est la seule voie basse qui est indiquée.

CAS PARTICULIER : le procubitus

On veille à ce que les membranes se rompent le plus tardivement possible, ou l'on retombe dans les cas énoncés ci-dessus.

CONCLUSIONS

- Les procidences du cordon ne sont pas fréquentes .

(environ 2 % des accouchements)

- Leur gravité certaine, puisqu'elles entraînent une mortalité foetale de l'ordre de 17 %, n'est pas aussi importante qu'on pouvait le croire a priori.
- Enfin, les modalités du traitement sont variables, les circonstances obstétricales de leur survenue orientent le choix thérapeutique.
- La Procidence du cordon n'est pas synonyme de césarienne : il faut discuter à bon escient les indications de la voie haute et celles de la voie basse.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. R O C K E

Le DOYEN de la FACULTE
de MEDECINE de PARIS :

Le PRESIDENT de la THESE :

L. B I N E T

R. M E R G E R

BIBLIOGRAPHIE

ANDERODIAS et PERY

La place de la césarienne basse dans le traitement de la procidence du cordon.

Journées Médicales de BORDEAUX, Sept. 1938
T. CXV N° 38 - 39, p.228

AHLGREN M.

La procidence du cordon en se référant particulièrement à son étiologie et à son traitement.

Acta obst. syn. Scand. 1958 37 N°4 526,536
6 tableaux, Bibliogr.

BAUDOUÏN

Etude clinique des procidences du cordon

Thèse BORDEAUX, N°40, 1947

BISKIND J.I. Prolapsus du cordon ombilical

Am. J. Obstr. Gyn. Mai 1958, 75, N° 5
1111 - 1116 (Biblio.)

BLUM E. et BURGER J.P.

La procidence du cordon dans les présentations du siège.

Gynéco-Obstr. 1952, 4, N° 5 - 993

BOURLAND J.W.

Valeur de la position de Trendelenburg pour le prolapsus occulte du cordon.

Am. Jour. Obstr. Gyn. Juin 1936 N°6 p.1043-1045

BOURBON P. Du traitement de la procidence du cordon par la césarienne basse.

Thèse LYON, 1948 N° 229

BRANDBERRY K.R. et KISTNER R.J.

Prolapsus du cordon ombilical

Am. J. Obst. Gyn. Fév. 1951 - 61 - N° 2 - 356 - 361 - 2 fig.

BRAULT P.

A propos des procidences

Bull. Ass. Gyn. et Obst. Langue Française 1950 - 2 - N° 4, 458

COPE E.

Présentation et procidence du cordon : une analyse de 350 cas.

J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 58, N°2, 259 - 271

CREZE J.

Le pronostic foetal de la procidence du cordon dans la présentation du siège.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955 7 N° 5 575 - 576

CUSHNER I.M.

Procidence du cordon, ainsi qu'une étude à distance du foetus ayant survécu

Am. J. Obst. Gyn. Av. 1961 - 81 - N° 4 666-680 - 11 tableaux (Biblio.)

DAGORN

Etude clinique et traitement des procidences du cordon

Thèse BORDEAUX - 1933

DIEULANGARD P.

Survie surprenante d'un foetus prématuré, abandonné au cours du travail avec procidence du cordon

Bull. Ass. Gyn. Obst. Supp^t 1949, N° 3 309-310

DILWORTH E.E. et WARD J.V.

Prolapsus du cordon ombilical

Am. J. Obstr. Gyn. Mai 1957 - 73 N° 5
1088 - 1093 6 Tab. (Biblio.)

FENTON A.N. et d'ESOPO D.A.

Procidence du cordon au cours du travail.

An. J. Obstr. Gyn. Juillet 1951 - 62 N° 1
52 - 64 6 fig.

FLAMRICH E. L'expression de l'enfant dans le prolapsus du cordon
et en particulier dans le cas de bassin plat rachit-
tique

Zbl. Gyn. 1951 - 73 - N° 4 231 - 234

FLAMRICH E. Contribution au traitement de la procidence du
cordon ombilical

Zbl. Gyn. 20 Fév. 1943 67 - N° 8 370-373
(Biblio.)

FODA J. Etude statistique des procidences du cordon au
cours du travail - 72 cas sur un ensemble de
20.000 accouchements

Thèse LYON, 1939-1940 N° 53

GAUCHERAND J., NOTTER A., REBOUL A.

Césarienne pour procidence du cordon datant de 6
heures. Enfant vivant.

Gynec. Obstr. 1952 4 N° 1 137

GOLDING J.S.R. LEQUESNE P.PL

Un cas de rupture traumatique de procidence com-
plète

British Méd. J. 17 Nov. 1951 N° 4741 1196
(Biblio.)

GRANJON A.

Les procidences du cordon au cours des accouchements gemellaires

Gyn. et Obstr. 1944-1945 421

GRAY J.B.

Procidence du cordon traitée par élévation manuelle continue de la tête et césarienne

Med. J. Austral. 14 Mai 1955 42 N° 20 723

GUSBERG

Procidence du cordon ombilical

Am. J. Obstr. Gyn. 1946 T.3 N° 5 326-329

HEINISCH H.M. (Von)

La situation normale du cordon ombilical dans la cavité ovulaire et l'étiologie du prolapsus du cordon

Gynaecologia - Juin 1955 - 139 N° 6 370-374
6 fig. (résumé français)

HEINISCH H.M. (Von)

Recherches expérimentales sur l'étiologie et la pathogénie du prolapsus du cordon

Zbl. Gyn. 1955 - 77 - N° 18 698-708 (Biblio.)

HEINISCH H.M. (Von)

L'étiologie et la pathogénie de la procidence du cordon ombilical d'après l'expérience acquise à la Clinique gynécologique universitaire de BÂLE de 1900 à 1954 (Une analyse de 504 cas)

Gynaecologia - Mars 1956 - 141 - N° 3 -
136-149 9 tableaux (Biblio - résumé français)

HEINISCH H.M. (Von)

A propos des mesures thérapeutiques à prendre en cas de procidence du cordon

Gynaecologia - Juin 1956 - 141 - N° 6 -
348-358 (Biblio - résumé français)

HESS M. Critique de la conduite de l'accouchement dans la procidence du cordon.

Zbl. Gyn. 1954 - 76 - N° 47 2071-2075
(Biblio.)

JALKANEN R. et NIEMINEVA K.

Présentation et prolapsus du cordon ombilical

Gynaecologia - Juillet 1953 - 136 N° 1 - 1-14
6 tab. (Biblio - texte anglais)

KUSH A.W.

Prolapsus du cordon ombilical

Am. J. Obstr. Gyn. Juillet 1953 - 66 - N° 1 -
182-184 (Biblio.)

LACOMME M.

La survie du fœtus après disparition des battements artériels de la procidence du cordon

Revue médic. française - Oct. 1932 - 669-671

LEBRUN M.

Etude de 102 cas de procidence du cordon ombilical dans un secteur de Bretagne Nord

Thèse PARIS, 1957.

LUCISANO F. et ALEMANNO L.

Prolapsus du cordon et promostic foetal

Minerva péd. 4 Fév. 1960 12 N° 5 - 107-108
(Biblio.)

MAIER et LINDEN M.

Procidence du cordon - C.R. de 2 cas accouchés par césarienne

Am. J. Obstr. Gyn. Déc. 1951 - 62 N° 6
1383-1384

MENGERT et LONGWELL

La procidence du cordon ombilical

Am. J. Obstr. Gyn. - Juillet 1940 40 N° 1

METZGER

Les leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier
1927 -

La vie et la mort du cordon.

MORIN P.

Conduite à tenir devant une procidence du cordon

Rev. Praticien, 21 Nov. 1954 9 N° 30 -
3229-3230

MYLES T.J.M.

Procidence du cordon

J. Obstr. Gyn. Brit. Emp. Av. 1959 66 N° 2
301-310 8 tab. (Biblio).

NORBURN L.M.

Présentation et procidence du cordon

Am. J. Obstr. Gyn. Déc. 1959 - 78 - N° 6 -
1234 - 1242 7 tableaux (Biblio.)

PALLIEZ R. et DELECOUR R.

Les anomalies du cordon ombilical

Encyclop. Méd. Chir. Obstr. fasc. 5073 A 10 5/1958

PALLIEZ R. et GERNEZ

A propos de procidences du cordon

Bulletin Soc. Obstr. 1939-1940

PARER

Contribution à l'étude du traitement des prociden-
ces du cordon

Thèse PARIS, 1930.

PIGEAUD H. et coll.

Trois nouvelles observations de césarienne pour
procidence du cordon

Gyn. Obstr. supplément 1949 1 N° 2 163-164

PRUD'HOMME

Un cas de césarienne pour procidence du cordon

Gyn. Obstr. 1948 47 N° 2 - 266

RICCI J.V. et THOM H.

Le traitement de la procidence : une opération simple

New York state J. Med. 15 Nov. 1952 - 52

N° 22 2759-2764 7 fig.

ROCKER I.

Les altérations malignes dans la procidence

Incidence durant les années 1949-1954 à l'Hôpital Addenbrooke de CAMBRIDGE

J. Obstr. Gyn. Brit. Emp. Dev. 1958 65 N° 1
89-91 (Biblio.)

SCHNEIDER K.

Contribution à la connaissance des procidences du cordon ombilical

Thèse MUNICH 1940 - N° 379 - 15

SLATE W.G. et RANDALL J.H.

Le prolapsus du cordon ombilical - 63 cas -

Am.J. Obstr. Gyn. Nov. 1956 72 - N° 5
991-997 (Biblio.)

TANGER M.L. et REUSS H.

Procidence du cordon

Am.J. Obstr. Gyn. Janv. 1959 77 N°1 108-112
(Biblio)

TRIDON J.

La place de la reposition manuelle dans le traitement des procidences du cordon ombilical

Thèse NANCY - Juillet 1946 - N° 32 64 p.

TRILLAT et DUMONT

Un cas de césarienne pour procubitus du cordon
avec rétrécissement du bassin

Gynec. Obstr. 1944-1945 44 N° 10 - 362

WIENER H.

Sur le prolapsus du cordon ombilical

Thèse BERLIN, 24 Fév. 1940 - N° 492 25 p.

WOODROW Cox.

Le traitement du prolapsus du cordon ombilical

Lancet 10 Mars 1951 - 260 - N° 6654
561-562

ZELENKA L.

Un procédé simple pour le traitement de la pro-
cidence du cordon

Zbl. Gyn. 15 Juin 1957 - 79 - N° 24 937-938
1 fig.

